



Trabajo Fin de Grado

Adherencia farmacológica al tratamiento de la
hipertensión arterial en atención primaria

Autor/es

Celia Albericio Gil

Director/es

Rafael Gómez Navarro

Escuela de Enfermería de Teruel
2014

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
Anexo I. Test de Morisky-Green.....	19
Anexo II. Tablas.....	20
Anexo III. Gráficos	21

RESUMEN

Introducción- La baja adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias negativas que esta situación conlleva.

Objetivos- Estudiar la adherencia farmacológica en el tratamiento de la hipertensión arterial e intentar aproximarnos a definir el perfil del incumplidor.

Material y métodos- Estudio descriptivo transversal realizado en hipertensos asistidos en el ámbito de atención primaria durante el periodo comprendido entre el 25 de noviembre y el 20 de diciembre de 2013. Se determinó el incumplimiento terapéutico farmacológico de la hipertensión arterial mediante el test de Morisky-Green y se registraron las variables de los pacientes (demográficas, tratamiento y patologías crónicas).

Resultados- Se estudiaron 60 hipertensos (53,3% hombres), con una mediana de edad de 72,50 (IQ=16,75) años. El 20% presentó incumplimiento terapéutico. El 46,70% recibían terapia combinada y la media de medicamentos empleados al día fue de 5,43 (DE=2,87). El 45% de los pacientes presentaban hipercolesterolemia y el 35% diabetes. No se han encontrado asociación estadísticamente significativa entre el sexo, la edad, el número de tomas al día y años de diagnóstico con el grado de incumplimiento.

Conclusiones- Existe un porcentaje considerable de incumplimiento pero los resultados nos impiden aproximarnos a definir un perfil de incumplidor.

Palabras clave- Adherencia terapéutica, atención primaria, hipertensión.

Pharmacological adherence in primary care hypertension treatment

ABSTRACT

Introduction- The non-completion of hypertension treatment constitutes a really important health issue due to its prevalence and the negative consequences this situation leads to.

Objectives - Analyse pharmacological adherence in hypertension treatment as well as trying to get a close general description of the person who doesn't follow this treatment.

Material & methods – Transversal and descriptive study made over hypertension patients who were treated in primary health care during the period of time between 25 of November and 20 of December. The therapeutic and pharmacological non-completion of this treatment was determined by using the Morisky-Green test and the characteristics of the different patients were registered (demography, treatment and chronic diseases).

Results- 60 hypertension patients (53.3% male), average age of 72.50 (IQ=16,75). 20% didn't accomplish the treatment. 46.7% received combined therapy and the median number of medicaments used per day was 5.43 (DE=2.878). 45% of the patients suffered from hypercholesterolemia and the 35% from diabetes mellitus. No statistical relation has been found between gender, age or amount of pills per day and the quantity of years not following the treatment.

Conclusions- There is an important percentage of people who doesn't comply the treatment, but the results we have obtained doesn't let us make a close general description of a person that doesn't follow it.

Key words- Adherence to treatment, Primary Care, Hypertension.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en España y uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, discapacidad y consumo de recursos sanitarios¹. La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo modificable para el desarrollo de dichas enfermedades². En España, la HTA presenta una prevalencia considerable, afectando aproximadamente a un 35% en la población adulta, llegando al 40% en edades medias y a más del 60% en los mayores de 60 años³. Debido a su alta y creciente prevalencia y elevado impacto sanitario supone uno de los principales problemas de salud en nuestro país⁴⁻⁵.

La mayor parte de los pacientes hipertensos reciben tratamiento farmacológico, siendo imprescindible llevar a cabo un seguimiento con el fin de obtener un correcto control y se consiga reducir los eventos cardiovasculares⁵. Según estudios desarrollados en España sobre pacientes con HTA tratados en atención primaria (AP), el mal control de la enfermedad oscila entre un 53,7% (PRESCAP 2010)⁶ y un 61,2% (Controlpres 2003)⁷.

Las razones del insuficiente control son diversas y complejas. Entre las principales causas destacan las relacionadas con el propio paciente (incumplimiento), con el tratamiento farmacológico (ineficacia) y en otros incluso con el propio médico (inercia clínica)⁸.

Las últimas revisiones sistemáticas sobre prevalencia del incumplimiento farmacológico en el tratamiento de la HTA en España alcanzan el 32,8% de media ponderada⁹. Esta cifra de incumplimiento conlleva a diversas consecuencias negativas, entre las que destaca la aparición de complicaciones, incremento de la morbilidad, hospitalización, incapacidad, mortalidad y del gasto sanitario¹. Por lo comentado anteriormente, tanto La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰ como la Conferencia Española de Consenso¹¹ consideran que la baja adherencia al tratamiento se trata de un tema prioritario de salud pública.

Actualmente se utilizan indistintamente diferentes denominaciones para referirse a un mismo concepto: cumplimiento, observancia,

adherencia... Cada autor tiene sus preferencias sobre un término u otro pero no existe una aprobación unánime de ninguno de ellos¹².

Existen múltiples definiciones sobre dicho término. Nosotros optamos por la propuesta por la OMS: la adherencia al tratamiento (AT) es el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de asistencia sanitaria¹⁰.

En este trabajo vamos a hacer referencia únicamente a adherencia a tratamientos farmacológicos, sin olvidar que también se considera incumplimiento todo lo dicho anteriormente.

El origen de la falta de la AT es multifactorial, identificándose diferentes variables relacionadas con ello. Para poner en marcha las medidas correctas necesarias deberemos identificar todos los factores implicados en cada caso¹².

Existen varios métodos para medir la adherencia y se clasifican en directos (cuantificación del fármaco, metabolito o marcador que se encuentran en algunos fluidos orgánicos) e indirectos (asistencia a citas programadas, recuento de comprimidos, técnicas de entrevistas clínicas, etc)¹³.

Los métodos directos son los idóneos pero son costosos y difíciles de implementar en la práctica diaria. Sin embargo, los métodos indirectos a pesar de que tienden a sobreestimar la AT se usan con mayor frecuencia debido a su bajo coste y fácil manejo. Un claro ejemplo de éstos son los cuestionarios y uno de los más utilizados en AP es el test de Morisky-Green. Es un cuestionario validado para diversas enfermedades crónicas como HTA¹³.

La fuerte carga epidemiológica de la enfermedad, las diversas cifras que indican una baja AT y las repercusiones negativas que esto conlleva, justifica la realización de estudios que valoren la situación actual y pongan de manifiesto la necesidad de un compromiso más fuerte con un enfoque multidisciplinario para lograr avances. Esto requerirá una acción coordinada

de los profesionales de la salud destacando el papel fundamental de la enfermera de AP.

OBJETIVOS

Generales

Estudiar la adherencia farmacológica en el tratamiento de la hipertensión arterial

Específicos

Aproximarnos a definir el perfil del incumplidor

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en un cupo del Centro de Salud Centro de la ciudad de Teruel, que en el momento de comenzar el estudio contaba con una población de referencia de 1409 pacientes.

La población de estudio fueron todos los pacientes incluidos en el Servicio 305 (atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial) de la vigente Cartera de Servicios de AP del SALUD.

Se realizó sobre esta población un muestreo de conveniencia, seleccionándose de esta manera a todos los pacientes que acudieron al Centro de Salud con cita programada concertada durante el periodo comprendido entre el 25 de Noviembre de 2013 y el 20 de Diciembre del mismo año.

Se consideró como causa de exclusión:

- Pacientes también incluidos en el Servicio 314 (atención a pacientes terminales)
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales o invalidantes de cualquier orden que fueran incapacitantes para una correcta toma del tratamiento

- Pacientes con problemas de comprensión y/o expresión idiomática que impidan una comunicación
- Pacientes institucionalizados
- Pacientes que fueron diagnosticados de hipertensión hace menos de un año
- Pacientes que no toman tratamiento farmacológico.

En todos los pacientes se valoró su cumplimiento terapéutico mediante el test de Morisky-Green (Anexo 1). Este test está validado en nuestro idioma y consiste en una serie de 4 preguntas con respuesta dicotómica si/no. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Si/No/No¹⁴.

Todos los pacientes fueron informados verbalmente del propósito de la investigación y se solicitó consentimiento verbal.

Los años transcurridos desde el diagnóstico hasta la actualidad (variable cualitativa ordinal politómica) se obtuvo de la historia clínica en papel debido a la falta de registro. El resto de las variables estudiadas se obtuvieron de OMI-AP:

- Variables demográficas
 - Edad en años cumplidos: Variable cuantitativa discontinua
 - Sexo: Variable nominal cualitativa dicotómica
- Variables relacionadas con el tratamiento
 - Número de tomas totales /día: Variable cuantitativa discontinua.
 - Número de tomas de fármacos de HTA/día: Variable cuantitativa discontinua.
 - Tipo de tratamiento (monoterapia o tratamiento combinado): Variable cualitativa dicotómica
 - Polimedicado: Variable cualitativa dicotómica. Consideramos polimedicado si el paciente toma 5 o más fármacos¹⁵.
 - Diurético, IECA, ARA-II, Calcioantagonista, Betabloqueantes, Alfabloqueantes: variables cualitativas nominales dicotómicas. Se recogió si tomaban algunos de estos medicamentos.

- Variables relacionadas con las patologías crónicas
 - Diabetes
 - Hipercolesterolemia
 - Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC)

Estas tres últimas eran variables cualitativas nominales dicotómicas con respuesta de tipo sí/no.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS para Window (versión 15). Los resultados se expresaron como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y como medias y desviación típica (mediana y IQ en caso de datos no normales) para las cuantitativas. Para comparar variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson (Asociación lineal por lineal en datos no normales) y se calculó la prueba T de Student (U de Man Whitney en caso de datos no normales) para la comparación de dos medias. En todos los casos se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El cupo de AP en el que se realizó el estudio tenía un total de 263 pacientes incluidos en el Servicio 305 de la vigente Cartera de Servicios de AP del SALUD. Excluimos 14 casos: uno por estar incluido en el Servicio 314 y el resto por presentar diagnóstico de enfermedades mentales o invalidantes de cualquier orden que fueran incapacitantes para una correcta toma del tratamiento

Esto supone una prevalencia sobre población general de 18,66% de HTA.

Durante el periodo de estudio acudieron a consulta programada-concertada de enfermería un total de 60 pacientes que componen nuestra muestra de estudio. El 53,3 % eran hombres y la mediana de la edad fue 72,50 (IQ=16,75). El 75% eran mayores de 65años.

La antigüedad de los años de diagnóstico de la HTA se detalla en la Tabla 1.

El porcentaje de incumplimiento fue del 20%.

Los resultados obtenidos en el test de Morisky-Green se expresan en la Tabla 2.

La mediana de el número de tomas de medicamentos de HTA fue de 1 (IQ=0), siendo el máximo 3.

Del total de los pacientes incluidos en el estudio, el 46,7% tenían prescrito tratamiento combinado.

Los resultados obtenidos de los distintos regímenes terapéuticos utilizados se expresan en el Gráfico 1.

La media del número de medicamentos empleados por estos pacientes fue 5,4 (DE 2,8) (máximo = 14) al día. Esto supone que un 58,3% de los pacientes estudiados entran en la categoría de polimedicados.

El 45% de los pacientes presentaban además hipercolesterolemia, el 35% diabetes y el 6,7% EPOC.

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el incumplimiento (asociación lineal por lineal, $p=0,797$), la edad y el incumplimiento (U de Man-Whitney, $p=0,416$), número de tomas de medicamentos empleados al día y el incumplimiento (U de Man-Whitney, $p=0,030$, intervalo de confianza 95% 0,200-3,800) y años de diagnóstico de HTA y el incumplimiento (Asociación lineal por lineal, $p=0,633$).

Esto nos impide aproximarnos a definir un perfil de incumplidor.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que el 20% incumplen el tratamiento farmacológico de la HTA. En la literatura encontrada podemos observar que la variabilidad de los resultados de la baja AT según el test de Morisky-Green es muy amplia en los distintos estudios realizados en AP. El estudio de Baena et al¹⁶ realizó dicho test a 195 pacientes hipertensos seleccionados aleatoriamente y obtuvo una cifra de incumplimiento de 15,4%. Por otro lado, el trabajo de García Pérez et al¹³ muestra una cifra similar de baja AT a la nuestra: 23,2%. Cabe destacar que dicho estudio consta de 270 pacientes estudiados seleccionados de manera aleatoria y cuyo criterio de inclusión son pacientes con HTA y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, el proyecto Cumplex II¹⁷ muestra una cifra de incumplimiento considerablemente superior a las anteriores: 88,7%. Observamos que esta última cifra se aleja de los resultados obtenidos en nuestro trabajo. Podemos suponer que la divergencia de resultados puede deberse a la diferencia de tamaño muestral, ya que incluyó a 4.952 pacientes hipertensos.

Dada la situación en la que nos encontramos, la literatura científica recoge un amplio número de artículos de investigación sobre diferentes estrategias diseñadas para mejorar la AT¹⁸. Entre otras, se ha estudiado la utilidad del pastillero¹⁹, el efecto el apoyo educativo²⁰, la intervención mediante llamadas telefónicas²¹, etc.

En nuestro trabajo hemos encontrado una prevalencia de 18,66% de HTA, sensiblemente inferior a las cifras que se presentan en España³. Hay que considerar que nuestro dato es prevalencia sobre población general y en todo caso no de HTA sino de pacientes incluidos en el Servicio 305.

En nuestra muestra predomina el sexo masculino, situación que no es habitual en estudios similares¹³⁻²².

No hemos encontrado diferencias de género respecto al nivel de incumplimiento, dato que es concordante con otros trabajos realizados en el mismo ámbito asistencial²²⁻²³.

Diferentes estudios demuestran que a mayor número de tomas de medicamentos al día, mayor es el incumplimiento²². Sin embargo, en nuestro estudio no se ha observado dicha diferencia y esto se podría explicar por la distribución heterogénea de los participantes, ya que la mayoría tomaban de 2 a 8 medicamentos al día.

La multimorbilidad de procesos crónicos está asociada con una baja adherencia¹. A pesar de que en nuestro trabajo el 45% presentan hipercolesterolemia y un 34% (DM), la adherencia obtenida es superior a la que podíamos esperar.

A pesar de que en la literatura científica encontramos asociación estadística entre la edad y el incumplimiento²², en nuestro trabajo no se han encontrado dicha diferencia.

Al igual que en el trabajo de Barquín Solera²⁴, realizado en un cupo de AP, muestra que no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo desde el diagnóstico de HTA; dato concordante con nuestro estudio.

En estudios con antihipertensivos se ha demostrado que el uso de terapia combinada mejora el cumplimiento²⁵. De esta manera, nos llama la atención que en nuestro estudio no presentamos una cifra elevada de incumplimiento, siendo que tan solo el 46,7% utilizaba terapia combinada. Además, otros estudios como PRESCAP 2010⁶ muestran que el 63,6% de sus pacientes tenían prescrito terapia combinada, dato superior al obtenido en nuestro trabajo.

Respecto a los resultados de los ítems del test de Morisky-Green, nos ha sorprendido que ningún paciente deje de tomar la medicación cuando se encuentra mal, ya que en el proyecto Cumplex II¹⁷ muestra que el 34,5% deja de tomarla por no encontrarse bien. Sin embargo, dato que si es concordante con nuestro trabajo es que la razón más frecuente de incumplimiento es el olvido.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones que debemos señalar. La principal es el tamaño de la muestra y además, el estudio presenta un

sesgo de selección, ya que al no realizar una selección aleatoria de los pacientes sino un muestreo de conveniencia, solo captamos a los que acuden a la cita programada concertada de enfermería. Por lo tanto, podemos intuir que captamos a los pacientes que están más motivados por cuidar su salud y a su vez están más controlados y esto da lugar a que obtengamos una cifra mayor de AT.

En relación con la herramienta utilizada, los métodos indirectos no son totalmente objetivos y tienden a sobreestimar el buen cumplimiento¹⁷⁻²⁶. El test de Morisky-Green es un método validado en diferentes patologías crónicas¹⁴, sin embargo en el estudio de Baena et al¹⁶ que compara la adherencia farmacológica en el test de Morisky- Green y la obtenida según la historia clínica electrónica (HCE) muestra una divergencia de resultados (51,3% de incumplimiento según HCE y 15,4 según el test de Morisky-Green). Dichas cifras sugieren que posiblemente dicho test no sea una buena herramienta para valorar la AT, además, entre otras razones, a su ya conocido bajo valor predictivo negativo⁹⁻¹⁴.

Por otro lado, el test de Batalla al presentar una alta sensibilidad y el test de Morisky-Green una alta especificidad; la literatura aconseja que sería conveniente combinarlos¹³⁻¹⁴.

Considerando que el test de Batalla de basa en el conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad¹⁴ y que dicho criterio no entra dentro del objetivo de nuestro trabajo creímos oportuno no incluirlo.

Finalmente, hemos seleccionado las variables que nos han parecido más útiles para estudiar nuestro objetivo. Cabe comentar que estudios recientes como es el de Núñez Montenegro²⁷, valora además diversos factores relacionados con el paciente como son: lugar de residencia, nivel educativo, profesión... De esta forma, se consigue aproximarse a un perfil de incumplidor más completo.

En futuros estudios similares sería conveniente realizar una selección aleatoria de los pacientes y tener una disponibilidad mayor de tiempo. A su vez, lo ideal sería ampliar la población de estudio e incluir a todos los pacientes hipertensos del centro de salud. De dicha forma conseguiríamos

que los resultados fueran más representativos y tuvieran mayor validez externa.

CONCLUSIÓN

Finalmente podemos concluir que nuestro trabajo aporta fundamentalmente la confirmación de que también en nuestros pacientes hipertensos existe un porcentaje considerable de incumplimiento. Sin embargo, las limitaciones de nuestro estudio no nos permiten aproximarnos a un perfil de incumplidor.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Anglada M.I. La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular. Rev Calid Asist. 2012;27:69-71.
2. De la Sierra A, Gorostidi de la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, et-al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. Med Clin (Barc). 2008;131:104-16
3. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión. 2005; 22:353-62
4. Banegas JR, Jovell A, Abarca B, Aguilar Diosdado M, Aguilera L, Aranda P, et al. Hipertensión y política de salud en España. Med Clin (Barc). 2009; 132:222-9
5. Puras Tellaeché A. Causas del mal control de la presión arterial en España. Aten Primaria. 1998; 21:638-44
6. Listerri JL, Rodríguez GC, Alonso F, Banegas JR, González-Segura D, Lou S, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. Med Clin (Barc). 2012;139:653-61.
7. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. Hipertensión. 2005;22:5-14.
8. Alonso FJ, División JA, Listerri JL, Rodríguez GC, Lou S, Banegas JR, et al. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial. Estudio PRESCAP 2010. Semergen. 2013;39:3-11
9. Márquez E, Gil V, Casado JJ, Martell N, de la Figuera M, Martín de Pablos JL, et-al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento

terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. Aten Primaria. 2006;38:325-32

10. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
11. Banegas JR, Jovell A, Abarca B, Aguilar Diosdado M, Aguilera L, Aranda P, et al. Hipertensión y política de salud en España. Med Clin (Barc). 2009; 132:222-9
12. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada R.M. Cumplimiento terapéutico. Formación continuada. Actualización en medicina de familia. SEMERGEN. 2008;34:235-43.
13. García AM, Leiva F, Martos F, Garcia AJ, Prados D, Sanchez F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And). 2000;1:13-9
14. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40:413-7
15. Proupin Vázquez N, Segade Buceta X, Aparicio Ruiz M, Arceo Tunez A, Garea Sarandeses P, López Rodríguez L. Polimedicación en pacientes adultos con dolencias crónicas en un centro de salud. Cad Aten Primaria. 2008;15:275-9.
16. Baena JM, Gómez-Fernández C, Vilató-García M, Vázquez-Lazo EJ, Byriam AI, Vidal-Solsona M. Registro del historial fármaco-terapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. Aten Primaria. 2011;43:336-42.

17. Márquez Contreras E, de la Figuera von Wichmann M. Evaluación de la situación actual del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, en opinión de los pacientes. Proyecto Cumplex II. Semergen. 2009;35:369-75.
18. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41:342-8.
19. Suárez Varela MT. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. Aten Primaria. 2009;41:185-92.
20. Castro-Cornejo MdLÁ, et al. Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio experimental. Enferm Clin. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.004>.
21. Márquez Contreras E, Casado-Martínez J.J, Corchado Albalat Y, et al. Eficacia de una intervención para mejorar el cumplimiento terapéutico en las dislipemias. Aten Primaria 2004;33:443-50.
22. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Rev Calid Asist.2012;27:72-7.
23. Tiesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Benegas-Benegas JR, Graciani-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gaceta Sanitaria. 2006;20:220-7.
24. Barquín Solera JJ, Plaza Muñoz G, López Cabezas B, Schmolling Guinovart Y: ¿Cumplen correctamente el tratamiento farmacológico nuestros hipertensos? VII Premios de Investigación en Atención Primaria GAP Talavera 2004, 1: 2-6 Talavera, España.

25. Sicras Mainar A, Galera Llorca J, Muñoz Ortí G, Navarro Artieda R. Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. Med Clin. 2011;136:183-91.
26. Buitago Francisco. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Aten Primaria. 2011;43:343-344.
27. Núñez Montenegro Antonio J, Montiel Luque Alonso, Martín Aurióles Esther, Torres Verdú Bárbara, Lara Mareo Celinda, González Correa José Antonio. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2014;46:238-245.

Anexo I. Test de Morisky-Green

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Anexo 2. Tablas

Tabla 1. Antigüedad de los años de diagnóstico de HTA

Años de diagnóstico	n	%
1-5	10	16,7
6-10	13	21,7
11-15	13	21,7
16-20	7	11,7
> 20	5	8,3
TOTAL	60	100

Tabla 2. Items test de Morisky-Green.

	Si		No	
	n	%	n	%
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	8	13,3	52	86,7
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	57	95	3	5
Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?	1	1,7	59	98,3
Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?	0	0	60	100

Anexo 3. Gráficos

Gráfico 1. Regímenes terapéuticos

